№ 6. Wien, Freitag den 8. Februar 1861. VII. Jahrg.

Oesterreichische
Zeitschrift für praktische Heilkunde.

Herausgegeben von dem Doctoren-Collegium
der
medicinischen Facultät in Wien.

Redigirt von Prof. Dr. **v. Patruban.**

Bericht über die auf der Wiener-Augenklinik des Professor Dr. Arlt im Studienjahre 1859 behandelten Kranken.

Bearbeitet vom Assistenten Dr. ***Businelli.***

(Fortsetzung.)

VI. Krankheiten der Netzhaut und des Sehnerven.

a) Retinitis.

Mit verschiedenen Formen von Netzhautentzündung wurden 25 Individuen (14 M. 11 W.) aufgenommen. Dem Alter nach standen drei zwischen 10—20 Jahren, eilf zwischen 20—30, sieben zwischen 30—40, eines zwischen 40 bis 50 und drei zwischen 50—60 Jahren. Was die Beschäftigung der Patienten betrifft, so hatten wir 6 Taglöhner, 2 Schuster, 3 Mägde, 3 Handarbeiterinnen, 1 Eisendrechsler, 1 Hufschmied, 1 Fleischhauer, 1 Oeconomen, 1 Bäcker, 1 Diener, 1 Hausknecht, 1 Gärtner, 1 Chorsänger, 1 Bäuerin, 1 Modistin.

Die Krankheit sass viermal am rechten Auge, fünfmal am linken und 16 Mal war sie auf beiden Augen aufgetreten. In 9 Fällen war der Process ziemlich acut, in den übrigen hatten wir mit einem chronischen Leiden zu thun, welches sogar bei 3 Individuen als stationärer Zustand bezeichnet werden konnte.

Wenn wir diese Fälle nach dem ophthalmologischen Befunde eintheilen, so finden wir bei 5 Individuen bloss Hyperämie der Netzhautgefässe, bei 13 wirkliche Retinitis mit sichtbarem Exsudate (zweimal mit partieller Ablösung der Netzhaut von der Chorioidea), bei 5 die unter dem Namen Retinitis pigmentosa bekannte Form (an beiden Augen), endlich bei zwei Individuen die eigenthümliche, bei der Bright'schen Nierenerkrankung oft vorkommende Degeneration der Netzhaut (worauf wir später zu sprechen kommen).

Die subjectiven Erscheinnngen bei der Hyperämie der Retina, sowie auch im Beginne der Retinitisexsudation waren dumpfer Schmerz in der Tiefe des Auges (jedoch nicht immer), vermehrte Empfindlichkeit gegen grelles Licht, Gefühl von Ermüdung bei jedem Gebrauch der Augen, Flimmern der Objecte, Funken- und Nebelsehen. Im weiteren Verlaufe und bei den chronischen Fällen war die Abnahme der Sehkraft die constanteste, ja die einzige Klage der Patienten. Die äusseren Gebilde des Auges waren in keinem Falle geröthet, nur einmal kam Oedem der Lider durch einige Tage vor. Die Pupille war normal oder im Verhältniss mit der Stumpfheit der Netzhaut mehr weniger erweitert, enger nie.

Was die nähere Beschreibung des ophthalmologischen Bildes bei den verschiedenen Netzhautleiden betrifft, so müssen wir den Leser, um unnöthige Wiederholungen zu vermeiden, auf den vorjährigen Jahresbericht (Seite 37 und 38) hinweisen, in welchem eine hinreichend detaillirte Beschreibung der bei diesen Krankheitsformen vorkommenden Veränderungen enthalten ist.

Ueber die Krankheitsursachen konnten wir von den betreffenden Patienten nur sparsame, wenig verlässliche und von einander abweichende Notizen sammeln. Uebermässige Anstrengung der Augen, besonders bei künstlichem Lichte, Sonnenhitze und grelles Sonnenlicht waren die häufig angegebenen Veranlassungen. Bei 3 Frauen waren die Menstruen unregelmässig, bei einer anderen hatten sie frühzeitig aufgehört. Ein Hufschmied beschuldigte die Feuerhitze, andere gaben eine Verkühlung als muthmassliche Ursache an. Es muss auch erwähnt werden, dass bei 3 Individuen, die ein Auge früher verloren (atrophisch) hatten, Hyperämie der Retina des zweiten Auges vorkam, die in zwei Fällen vielleicht als sympathische Amblyopie bezeichnet werden konnte, dagegen in dem dritten durch übermässige Anstrengung des noch sehenden Auges bedingt worden sein dürfte.

Die Behandlung der Retinitis im allgemeinen bestand vor Allem in der möglichsten Schonung der Augen, die auch in jedem Falle durch eine dunkle Brille vor grellem Lichte geschützt wurden. Uebrigens spielten die örtlichen Blutentziehungen, Tart. stib. refracta dosi, leichte Abführmittel und Sublimat in steigender Gabe die Hauptrolle in der Therapie. War die Congestion gehoben, so wurde gewöhnlich Jodkali innerlich und äusserlich (in Salbenform) bis zur Entlassung verordnet.

Von den 25 Individuen blieben 2 Männer Ende Juli

noch in Behandlung, 12 Patienten wurden geheilt, 8 gebessert und 3 ungeheilt entlassen.

Die vorsichtige, jedoch häufig wiederholte ophthalmoskopische Untersuchung rief ausser der momentanen Blendung (bei Amaurotischen) keinen Nachtheil hervor.

Wir schliessen dieses Capitel mit einer kurzen Erwähnung einiger Fälle.

P. B., 36 Jahre alt, Gärtner, ein wohlgenährter, kräftiger Mann, wohnte im December 1858 einer Procession bei, bei welcher er durch $1\frac{1}{2}$ Stunden mit unbedecktem Kopf über die Felder gehen musste und zwar bei einer Temperatur von 6^0 unter 0. Darauf hatte er im ganzen Tag ein Gefühl von Kätte in der rechten Kopfhälfte, welches am folgenden Tag in einen stechenden Schmerz in der Supraorbitalgegend sich verwandelte. Zwei Wochen später, bei fortdauerndem Schmerze in der rechten Kopfseite, bemerkte er eine partielle Abnahme der Sehkraft am rechten Auge, d. h. er sah die in der unteren Hälfte des Gesichtsfeldes befindlichen Gegenstände wie durch einen grauweisslichen Nebel. Dieser Zustand verschlimmerte sich nun in 4 Tagen so weit, dass der Kranke mit diesem Auge keinen Gegenstand mehr erkennen konnte. In dieser Zeit verschrieb ihm ein Arzt Blutegel, Calomel, Opiatsalben etc., worauf das Sehvermögen sich wieder besserte, jedoch nur in der Peripherie des betreffenden Sehfeldes. Das linke Auge hatte noch gar nicht gelitten und fieng erst einige Tage später an, schwach zu werden, d. h. bei jeder geringen Anstrengung (z. B. beim Lesen) wurde das linke Auge gleich müde und das Gesicht verdunkelte sich plölzlich, jedoch vorübergehend. — Bei der Aufnahme, fünf Wochen nach der angegebenen Erkältung, fand man die Pupille des rechten Auges etwas grösser, sonst äusserlich nichts Abnormes, weder an diesem, noch am anderen Auge.

Augenspiegelbefund: Rechtes Auge. Die brechenden Medien durchsichtig, Sehnervenscheibe nicht scharf begränzt, grauröthlich gefärbt, Netzhautgefässe, besonders die Venen, stark entwickelt, die Netzhaut selbst um den Sehnerven und gegen die Macula lutea diffus grauweiss getrübt. Sehvermögen in den peripherischen Theilen des Sehfeldes nicht merklich verändert, dagegen ist die mittlere Partie desselben für den Kranken ganz dunkel, d. h. die Macula lutea und ihre nächste Umgebung sind für das Licht unempfindlich, und zwar in einer ovalen Fläche von der Ausdehnung eines Viertels des Gesichtsfeldes. — Linkes Auge. Mit dem Augenspiegel ist nichts Abnormes zu finden. Patient kann durch einige Secunden die Schrift Nr. 1 auf 10″ Entfernung lesen, alle Gegenstände erscheinen ihm jedoch leicht verschleiert, Puls normal, Appetit gut, leichte Schmerzen in der Stirne und mässige Stuhlverstopfung. — Behandlung: Dem Kranken wurde eine dunkelgrüne Brille gegeben, örtliche Blutentziehung mit dem H e u r t e l o u p'schen Apparate an beiden Schläfen, innerlich Tartarus emeticus; der Kopf blieb durch eine Kappe bedeckt. Während der ersten 4 Wochen wurden die Blutentziehungen jeden dritten oder vierten Tag wiederholt, die oben erwähnte Lösung fortgesetzt. Dabei besserte sich das Sehvermögen des rechten Auges allmälig so weit, dass der Kranke damit eine grosse Schrift (Nr. 19) lesen konnte. Dagegen trübte sich die ganze Netzhaut des linken Auges um ihre Sehnervenscheibe, wurde grauröthlich. In gleichem Masse nahm das Sehvermögnn dieses Auges ab, so dass der Mann nur mit der äusseren Hälfte der Netzhaut die Finger wahrnehmen konnte. Es trat selbst Oedem der Lider in der linken Supraorbitalgegend mit Thränenfluss ein. Eine specielle Veranlassung zu dieser Exacerbation konnten wir nicht eruiren. Das Sehvermögen war nun auf blosse Lichtempfindung beschränkt. Die Behandlung wurde consequent fortgesetzt, die Blutentziehungen, auf die linke Seite beschränkt, wurden jeden zweiten Tag repetirt, Calomel, ein Vesicans am Rücken. Patient blieb natürlich im Bette. Da der Zustand nach momentaner Besserung sich wieder verschlimmerte, und in der linken Netzhaut Blutaustretungen bemerkbar wurden, so entschloss man sich, nebst den Blutentziehungen die Sublimatcur in steigender Dosis anzuwenden. Diese Behandlung wurde von Anfang März bis 20. Mai fortgesetzt. Schon am dritten oder vierten Tage fiengen alle Krankheitserscheinungen an nachzulassen und die Besserung schritt regelmässig vor. Zuletzt wurde auch eine Jodkalisalbe an die Stirne eingerieben und einige laue, allgemeine Bäder verordnet. Bei der Entlassung (fast vier Monate nach der Aufnahme) war der Zustand folgender: Rechtes Auge. Netzhaut normal, liest Nr. 2 auf 6—8″ Ent,ernung, sieht die Zeiger der Taschenuhr auf 24″, Gesichtsfeld v o l l s t ä n d i g. Linkes Auge. Netzhaut nur um die Nervenscheibe und kaum merklich getrübt, liest Nr. 13 bei 6″ Entfernung, sieht die Zeiger der Taschenuhr auf 10″, das Sehfeld ist nahezu normal.

P. S., 13 Jahre alt, Schusterlehrling, sehr gesund aussehend, kam Ende April auf die Klinik und gab an, ohne ihm bekannte Veranlassung einen schneidenden Schmerz im linken Auge empfunden zu haben. Bald darauf bemerkte er beim Schliessen des rechten Auges, dass er mit dem linken die Gegenstände nur von der Schläfenseite her sehen konnte. Wir fanden das rechte Auge normal, an der vorderen Capsel rostbraune, dem Pupillarrande entsprechende, punctförmige Exsudatablagerungen als Folgen einer vorausgegangenen Iritis, die Iris normal, frei beweglich, im Glaskörper einige fadenförmige, herumflottirende Trübungen, der Augengrund erschien, höchst wahrscheinlich durch diffuse Trübung des Glaskörpers, wie mit einem dünnen Nebel überzogen. Die Sehnervenscheibe blassroth, nicht scharf begränzt, die Netzhautvenen stark injicirt, geschlängelt, stellenweise dunkler gefärbt, die äussere Partie der Netzhaut (etwa $\frac{1}{3}$ derselben) ist von der Chorioidea abgehoben, blasenartig vorgewölbt, jedoch nicht flottirend. Diese Ablösung reicht bis in bie Gegend der Macula lutea und endet daselbst (etwa einen Durchmesser der Sehnervenscheibe vom Rande derselben entfernt) mit scharf markirter Gränze; nach aussen dagegen ist die Gränze der Ablösung nicht zu finden. Die abgelöste Netzhautpartie ist im Allgemeinen viel heller, als der übrige Aussengrund, trübe, halb durchscheinend, ihre erhabenste Stelle (ein wenig nach Aussen von der Mac. lut.) ist weissgelblich getrübt, mit sehr zahlreichen, fein verzweigten Gefässen durchzogen und mit einigen kleinen Ecchymosen gesprengelt. Wie weit diese Stelle hervorragte, könnte daraus entnommen werden, dass sie am besten durch Convexglas Nr. 10 in aufrechtem Bilde gesehen werden konnte, während die Nervenscheibe am deutlichsten durch Convex 8 zu sehen war. Was das Sehvermögen betrifft, so war am Tage der Aufnahme die ganze abgelöste Partie der Retina für das Licht unempfindlich; Der Kranke sah nämlich eine Kerzenflamme nur dann, wenn sie etwas nach aussen von der Richtung der Sehaxe vorgehalten wurde, und von da aus bis zur äussersten Grenze des Gesichtsfeldes. In der verticalen Medianlinie er-

streckte sich die Unterbrechung des Sehfeldes von der Sehaxe 20 Grade nach unten, und 25—30 Grad nach oben. Mit dem nicht abgelösten Netzhauttheile sah der Kranke relativ gut. Es musste angenommen werden, dass ein Exsudat zwischen einem Theile der Netzhaut und der Chorioidea abgesetzt worden war, und da die abgehobene Retina gar nicht flottirend war, so ist es wahrscheinlich dass dieses ein ziemlich festes gewesen sei. Die angegebenen Veränderungen sprachen für eine partielle Retinitis: man hatte dagegen keine Anhaltspuncte, um eine Chorioiditis anzunehmen, obwohl die Ablösung der Netzhaut in der Mehrzahl der Fälle durch Exsudation von der Chorioidea aus erfolgen dürfte. — Die Behandlung wurde wie im vorhergehenden Falle eingeleitet. Nach zwei Wochen waren die Glaskörpertrübungen verschwunden, die Injection der Netzhaut hatte abgenommen, die Ablösung war gleich gross geblieben. Zu dieser Zeit machte man die interessante Bemerkung, dass der Kranke nun auch mit dem abgelösten Netzhauttheile relativ sehr viel sehen konnte, indem er sowohl in der Richtung der Sehaxe als in der inneren Hälfte des Sehfeldes nicht nur die Kerzenflamme wahrzunehmen, sondern selbst die Finger zu zählen, obwohl mit einiger Mühe, im Stande war. Eine solche Empfindlichkeit und Leitungsfähigkeit einer abgehobenen und getrübten Netzhaut dürfte selten vorkommen und kaum dauerhaft sein — *). Auch bei unserem Patienten hatte in den darauffolgenden zwei Wochen dieses ausnahmsweise Sehvermögen schon etwas abgenommen, obwohl in den übrigen Theilen die Sehkraft normal geworden war und die Congestionserscheinungen nachgelassen hatten. Der Knabe wurde im gebesserten Zustande entlassen.

Die Anfangs erwähnten zwei Fälle von Retinalerkrankung bei Morbus Brightii betrafen einen 31jährigen Bäcker und eine 38jährige verheirathete Bäuerin. Beide wurden nur kurze Zeit auf der Klinik beobachtet. Im ersteren Falle bestand die Amblyopie seit vier Monaten, während die allgemeine Krankheit höchst wahrscheinlich schon acht Jahre früher (nach dem zu jener Zeit eingetretenen Oedem zu schliessen) vorhanden war. Die Netzhaut bot das bekannte ophthalmoskopiche Bild dar; venöse Congestion, zahlreiche Ecchymosen und die charakteristischen halbweissen Flecken (Fettablagerungen) hinter der Gefässschichte. Die Sehkraft war in der ganzen Retina sehr abgestumpft, ohne dass man eine Beschränkung oder Unterbrechung im Gesichtsfelde entdecken könnte. — Im zweiten Falle bestand die Amblyopie und die Abmagerung seit drei Monaten (die Schwellung der untern Extremitäten war erst später bemerkt worden); die Gesichtsstörung war noch nicht so bedeutend, und die Netzhaut liess nur wenige weisse Fetthäufchen entdecken, dagegen viele Ecchymosen. In beiden Fällen wurde die Diagnose (M. Brightii) bei der ersten ophthalmoskopischen Untersuchung mit Sicherheit ausgesprochen. Die wiederholte chemische und mikroskopische Prüfung des Harnes bestätigte dann dieselbe auf das Entschiedenste. Die mit Acid. nitr. dilut. (täglich ein Scrupel in sechs Unzen Wasser) versuchte Behandlung hatte nach drei bis vier Wochen keine wesentliche Besserung hervorgebracht. Beide Individuen wurden auf ihr Verlangen entlassen und wir erhielten später von ihnen keine Nachricht.

*) Im Winter v. J. hatte ich Gelegenheit in meiner Privatpraxis einen ähnlichen Fall zu beobachten. Ein Feldkaplan, der von der Kindheit auf an beiden Augen in hohem Grade kurzsichtig war (Staphyl. post.), consultirte mich wegen einer plötzlich eingetretenen, fast vollständigen Erblindung seines linken Auges. Am vorhergehenden Abende hatte er einem Souper in einem stark geheizten Zimmer beigewohnt, wobei er mehr Wein als gewöhnlich getrunken hatte, und gieng dann bei erhitztem Körper in strengem Winter nach Hause. Am folgenden Morgen sah er vor dem linken Auge einen sehr dichten Nebel, und einige Stunden später, als er zu mir kam, war er nicht mehr im Stande mit diesem Auge die vorgehaltenen Finger zu zählen. Da äusserlich nichts Abnormes zu sehen war, so untersuchte ich das Auge mit dem Augenspiegel und fand die untere Hälfte der Netzhaut von der Chorioiden abgehoben, leicht getrübt, nebstdem die ganze Retina hyperämisch und in dem diffus getrübten Glaskörper schwimmende Flocken. Nach achttägiger, strenger antiphlogistischer Behandlung im Bette, bei verdunkeltem Zimmer, war ich nicht wenig überrascht, als ich bei wiederholten Sehversuchen constatirte, dass der Kranke mit diesem Auge in jeder Stelle des Gesichtsfeldes die vorgehaltenen Finger fast so prompt und sicher wie mit dem gesunden Auge zählen konnte. Er gab an, noch einen dünnen Nebel in der oberen Hälfte des linken Gesichtsfeldes zu sehen, dieser hinderte ihn aber nicht, selbst kleinere Gegenstände, Federmesser, Schlüssel, Scheere etc. zu erkennen. Ich untersuchte das Auge noch öfters und fand immer die Abhebung unverändert. Die Retinalhyperämie und die Glaskörpertrübungen waren nach zwei Wochen verschwunden. Zu meinem Bedauern konnte ich den Fall nicht weiter verfolgen, da der Geistliche bald abreisen musste.

b) Amblyopia centralis.

Zwei Männer wurden wegen hochgradiger Amblyopie auf die Augenklinik geschickt, bei denen man keine eigentliche Augenerkrankung vorfand. Der eine wurde auf die Abtheilung für Nervenkranke, der andere, bei welchem man eine Geistesstörung constatirte, auf die Abtheilung für Geisteskranke transferirt. In beiden Fällen schien der Amblyopie ein chronisches Gehirnleiden zu Grunde zu liegen.

c) Amblyopia cum excavatione papill. n. optici.

Unter diesem Krankheitsnamen glauben wir zwei Fälle von Amblyopie anführen zu müssen, in welchen die auffallendsten Veränderungen in dem intraoculären Ende des Sehnerven zu finden waren, und wobei die Verminderung, respective die Aufhebung der Sehkraft und die Einengung des Gesichtsfeldes ohne merkliche Entzündungserscheinungen, ohne anfallsweise wiederkehrender Verdunkelung, sehr langsam aber gleichmässig fortschreitend einhergiengen. (Siehe Gräfe: Archiv für Ophtalm. III. B. 2. Abth. pag. 484). Der eine Patient, ein 53jähriger Holzwächter, hatte schon vor 11 Jahren das rechte Auge in Folge einer Verletzung verloren (Atrophie des Bulbus), und litt seither mehreremals an äusseren Entzündungen des linken Auges, welche jedoch immer geheilt wurden. In den letzten drei Jahren aber nahm die Sehkraft immer mehr ab, ohne dass das Auge roth oder schmerzhaft gewesen wäre. Er liess sich endlich auf die Klinik führen, weil er wegen der enormen Beschränkung des Gesichtsfeldes nicht mehr im Stande war auf der Gasse herumzuziehen, obwohl er anderseits noch die Schrift Nr. 7 ohne Glas lesen konnte.

Der zweite Patient, ein 66jähriger Schneidermeister, der in den früheren Jahren an Hämorrhoiden, später an Gelenksrheumatismus (nur durch fünf Wochen) gelitten hatte, versicherte uns, nie ein Augenübel gehabt zu haben. Sein Sehvermögen war bis vor 4 Jahren vollkommen normal: zu dieser Zeit fieng es an im rechten Auge sich zu trüben, die Verdunkelung nahm regelmässig und ohne Unterbrechung immer zu, und zugleich wurde der Gesichtskreis immer enger. Dabei hatte der Mann nie Kopf- oder Augenschmer-

zen, mit einem Worte, ausser der zunehmenden Sehschwäche, nie eine Beschwerde. — Vor vier Monaten, als das Sehvermögen des rechten Auges schon ganz erloschen war, begann ganz auf dieselbe Weise die Abnahme des Gesichtes am linken Auge, mit welchem zur Zeit der Aufnahme der Patient noch die feine Schrift Nr. 3 lesen konnte, obwohl er wegen der Kleinheit des Sehfeldes nicht mehr mit Sicherheit auf der Gasse gehen konnte.

Was die objectiven Erscheinungen anbelangt, so fanden wir bei beiden Patienten (wir sprechen von drei Augen) die Cornea, die dioptrischen Medien, sowie den Brechungszustand ganz normal. Die Eintrittstelle des Sehnerven war in hohem Grade vertieft, bläulich gefärbt nnd gefleckt, d. h. bläulich punctirt, die Centralgefässe wie bei jeder Excavation verschoben, scheinbar unterbrochen; Pulsation der Centralarterie wurde nur in dem zweiten Falle gesehen, in welchem beide Bulbi eine vermehrte Spannung hatten. Endlich waren die stärkeren Chorioidealgefässe, wegen Verdünnung der einen Chorioidealpigmentschichte, von der Aequatorialgegend bis an den sogenannten Scleroticalring der Sehnervenscheibe allenthalben sichtbar; sie erschienen gelblichroth, erweitert, gewissermassen varicös und stark geschlängelt.

In beiden Fallen war das Gesichtsfeld, wie oben erwähnt, sehr klein, es stellte eine nahezu elliptische Fläche dar, deren längere (horizontale) Axe bei zwölf Zoll Entfernung sieben bis acht Zoll mass, während die kleine Axe (die verticale) vier bis fünf Zoll betrug. Auf dieser Figur fiel die Sehaxe stark excentrisch und zwar auf die längere Axe, zwischen dem der Nasenseite entsprechenden Brennpuncte und der Begränzungslinie der Ellipse. — Es muss noch erwähnt werden, dass im ersteren Falle die Iris mit dem unteren Theile des Pupillarrandes durch eine alte Synechie an die Capsel angeheftet war; während im zweiten Falle die Iris beiderseits frei, die Pupille beiderseits rund, im rechten bereits amaurotischen Auge mässig erweitert und starr, im linken etwas weniger weit und dem Lichtreize träge reagirend war. — In beiden Fällen wurde am linken Auge die Iridektomie, wie beim Glaukom versuchsweise vorgenommen. Man hatte dabei die Absicht, bei dem ersteren Kranken die vorhandene Synechie zu beseitigen, bei dem zweiten die vermehrte intraoculäre Spannung herabzusetzen und auf diese Weise dem Weiterschreiten der Excavation womöglich Einhalt zu thun, und zugleich in beiden Fällen die normalen Circulationsverhältnisse in den Chorioidealgefässen herzustellen. Die Operation bewirkte in dem ersten Falle die Hebung der Synechie und im zweiten das Aufhören des Arterienpulses; der Zustand des Sehvermögens blieb indessen bei beiden Kranken gleich, wobei jedoch zu bemerken ist, dass beide durch eine relativ zu kurze Zeit (ein bis drei Wochen) beobachtet wurden.

Es ist nicht zu läugnen, dass diese zwei und andere früher und später beobachtete analoge Fälle in mancher Beziehung, namentlich in Hinsicht der Veränderungen in der Sehnervenscheibe, mit einem chronischen Glaukome grosse Aehnlichkeit haben. Sie differiren jedoch wesentlich davon:

1. weil diese Krankheit auch bei nicht presbyopischen Augen vorkommt;

2. weil die Spannung des Bulbus dabei nicht immer vermehrt ist;

3. weil die fast constanten Erscheinungen des Glaukoms, wie z. B. Mattigkeit und Unempfindlichkeit der Cornea, Atrophie der Iris, ovale Form und meergrüne Farbe der Pupille etc. selbst bei weit vorgeschrittener Amblyopie ganz fehlen;

4. weil die Abnahme der Sehkraft ohne Entzündungsanfälle, ohne plötzliche Trübungen der brechenden Medien, sondern ganz langsam und regelmässig vor sich geht;

5. weil die Excavation der Sehnervenscheibe, welche beim Glaukome als eine secundäre, in Folge des vermehrten intraoculären Druckes langsam eintretende Veränderung gedeutet wird, hier schon im Anfange der Erkrankung, und wie es scheint, unabhängig von einer Steigerung der Spannung eintritt.

Demgemäss, nach der Meinung des Berichterstatters, musste diese Form von Amblyopie als die Folge einer primären bis jetzt noch wenig bekannten, höchst wahrscheinlich nicht entzündlichen Erkrankung des Sehnerven aufgefasst werden, welche entweder eine Retraction desselben, oder eine Consistenz- und Elastizitätsverminderung der Nervenmasse bewirkt, so dass ihre Widerstandsfähigkeit selbst für den normalen Druck des Glaskörpers zu gering wird *). Ob diese Deutung richtig ist, dürfte bald die pathologische Anatomie entscheiden. In welchem Zusammenhange aber die beobachtete Rarificirung des Chorioidealpigmentes, und die stärkere Entwicklung der Aderhautgefässe mit dem Nervenleiden stehen, ist noch nicht klar.

(Fortsetzung folgt.)

Mittheilungen.

A. Aus der gerichtsärztlichen Praxis wundärztl. Section.

Doppelmord.

Mitgetheilt von Dr. *Schumacher*, k. k. Prof. in Salzburg.

(Fortsetzung.)

Gutachten bezüglich der Helena K.

Ad 1, a) Die Helena K. ist am gewaltsamen Stickfluss gestorben.

Den Stickfluss beweist der Befund der Lunge, welche die Merkmale des hochgradigen acuten Lungenoedems zeigte (Nr. 22). Dieser Stickfluss war ein gewaltsamer, erzeugt durch Zuhalten der Nase und des Mundes mit der Hand und durch Würgen. Diess erweisen: Die in fast querer Richtung an der vorderen Halsfläche zwischen den daselbst befindlichen Wunden verlaufende Sugillution der allgemeinen Decke, die zahlreichen, an verschiedenen Stellen der ganzen linken Seite des Halses aufgefundenen, mit vertrocknetem Blute bedeckten, sugillirten Hautabschürfungen, von welchen sich zwei durch ihre besondere Länge auszeichneten und allem Anscheine nach durch die scharfen Nägel einer anhaltend und kräftig würgenden Hand erzeugt wurden. Die linksseitige Lage dieser Hautabschärfungen spricht dafür, dass diese Hand die rechte gewesen sein dürfte, wobei die linke Hand, wie aus den zahlreichen, an der linken Seite des Gesichtes vorhandenen, der Form und Richtung nach verschiedenen, mit vertrocknetem Blute belegten, sugillirten Hautabschärfungen, wie selbe gewöhnlich

---

*) Auch die bläulich-grünliche Färbung der Faserbündel des Sehnerven (das Geflecktsein der Scheibe) schien nur in diesen Fällen auffallender, als die gewöhnliche in der Regel mehr gleichmässige Verfärbung der Nervenmasse in den glaukomatösen Augen.

vom Drucke scharfer Fingernägel entstehen und aus dem ein- und losgedrückten Schneidezahn ersichtlich war, die grausame Action der rechten Hand unterstützte, um einerseits durch gewaltsamen Verschluss der Nase und des Mundes das Schreien, Aechzen und Stöhnen zu verhindern, andererseits das Ersticken zu beschleunigen.

Dass der Bluterguss in die allgemeine Decke des Halses so gering, in das subcutane und tiefer gelegene Zellgewebe hingegen so bedeutend war, findet seine Erklärung in dem Umstande, dass das Würgen stattfand, nachdem schon eine oder mehrere Wunden in der nächsten Nähe beigebracht waren, daher die verletzten Gefässe das Blut in das tiefer gelegene Zellgewebe ergossen, und dass die Helena K. sehr fettleibig war.

Der Blutreichthum im Gehirn steht im Causalnexus mit dem Stickflusse und mit der bei Zufügung der Kopfwunden (namentlich der Wunde a) und beim Sturze zu Boden erlittenen Erschütterung; einer dieser beiden mechanischen Einflüsse dürfte den handtellergrossen Bluterguss zwischen der harten Hirnhaut und der Parietalplatte der Spinnwebenhaut veranlasst haben. Negativ ist die gewaltsame Natur des Stickflusses durch die Abwesenheit eines pathologischen Processes, welcher dieselbe auf natürliche Weise erzeugt hätte, erwiesen.

Die Wunden a), b) und d) sind an und für sich unbedingt schwere Verletzungen. Die Wunde a), weil in Folge der angewandten Gewalt bei Zufügung derselben das Gehirn stark erschüttert, überdiess bedeutende Aeste der Schläfen- und Hinterhauptsarterie durchschnitten wurden, welche Erschütterung und welcher Blutverlust jedenfalls der Gesundheit einen wesentlichen Nachtheil gebracht hatten. Die Wunde b), weil in Folge der Verletzungen so vieler Hals- und Kopfmuskeln, Gefässe und Nerven, abgesehen von dem Blutverluste und der nothwendiger Weise eintretenden Reaction gewiss eine lang andauernde, wahrscheinlich eine immerwährende, auffallende Verunstaltung dieser Muskeln aingetreten wäre. Die Wunde d), weil die Verletzung so vieler wichtiger Gebilde zweifelsohne ein Allgemeinleiden (Wundfieber) erzeugt hätte. Wäre die Helena K. nicht gewaltsam erstickt geworden, so hätte sie sich unter den gegebenen Umständen verblutet.

Wurde gleich kein Hauptgefäss verletzt, so hätte doch der Blutverlust aus so vielen verletzten Gefässen zur Verblutung hingereicht, und diess um somehr, als die Verwundete schlaftrunken, in Folge der bei Zufügung der Kopfwunde a) angewandten Gewalt und der durch den Sturz zum Boden noch beigebrachten Wunde b), betäubt, durch den Anblick ihres Mörders überdiess noch psychisch deprimirt, gewiss unfähig gewesen wäre, um Hilfe zu rufen, die um so weniger bald zu erwarten stand, weil die Ermordung um Mitternacht geschah, ärztliche Hilfe aber wegen der entfernten Lage der Mühle nicht so bald möglich war.

b) Dass der Helena K., während sie noch lebte, der Luftzutritt zur Lunge gewaltsam behindert wurde, beweisen die an und um den Mund und die Nase und am Halse aufgefundenen Sugillationen und sugillirten Hautabschürfungen, sowie der geronnene Zustand des daselbst ergossenen Blutes und das acute Oedem der Lunge, die am häufigsten vorkommenden Formen des Stickflusses, dessen Erscheinungen durch keine Procedur an der Leiche erzeugt werden können.

Da die Leiche frisch war, so kann ohnehin von Erscheinungen der Fäulniss keine Rede sein. Dass die Mehrzahl der Wunden der Helena K., während sie lebte, zugefügt wurden, beweisen: Die aus flüssigem nnd geronnenem Blute bestandene Lache, in welcher der obere Theil des Körpers bei der Leichenschau liegend getroffen wurde, und der geronnene Zustand des in die allgemeine Decke, in das subcutane und tiefer gelegene Zellgewebe und in die Wundcanäle ergossenen Blutes. Es ist daher nach den vorhandenen Umständen weder als gewiss noch als wahrscheinlich anzunehmen, dass der Tod der Helena K. schon vor dieser Verletzung eingetreten sei.

c) Da die Todesursache der Helena K., das acute Lungenoedem, sich schnell und unmittelbar in Folge der an ihr verübten Gewalt entwickelte, so ist weder als gewiss noch als wahrscheinlich anzunehmen, dass der Tod derselben in Folge oder durch Mitwirkung einer zu den Verletzungen hinzugekommenen und von ihnen unabhängigen Ursache eingetreten sei.

Ad 2. Jeder Mensch, er mag wie immer constituirt sein, muss sterben, dem der Luftzutritt zur Lunge durch Zuhalten der Nase und des Mundes und durch Würgen hinlänglich andauernd behindert wird. Wie bereits zur Evidenz bewiesen wurde, fanden diese beiden gewaltsamen Vorgänge an der Helena K. statt, daher sie ihrer allgemeinen Natur nach den Tod derselben verursachten, demnach sind im vorliegenden Falle eine eigenthümliche Leibesbeschaffenheit oder ein besonderer Zustand der Verletzten, oder zufällige äussere Umstände als Todesursache ausgeschlossen.

Ad 3. Es ist gewiss, dass die an der Leiche der Helena K. vorgefundenen Verletzungen durch zwei verschieden scharf spitze und schneidende Werkzeuge zugefügt wurde. Durch das in der Wunde sub a) steckend gefundene Messers α) konnten die Wunden a) bis g) und die p) erzeugt worden sein, weil ihre Dimensionen denen dieses Messer entsprechen, die Wunden h) bis o) konnten durch das Messer α) nicht erzeugt worden sein, weil ihre Eingangsöffnungen und ihre Canäle eine zu geringe Breite hatten. Das Messer β) hingegen ist, wie das Experiment an der Leiche der Susanna K. nachwies, ganz geeignet, solche Wunden zu erzeugen.

Was die aufgefunden Hautabschürfungen am Gesichte und Hals betrifft, so sind die langen, harten und spröden Fingernägel des Kaspar K. ganz geeignet, selbe hervorgebracht zu haben.

Ad 4. Nach der Beschaffenheit der Verletzungen ist nicht die geringste Wahrscheinlichkeit vorhanden, dass die Helena K. sich diese selbst beigebracht habe, es ist vielmehr gewiss, dass sie ermordet wurde, denn kein Mensch kann sich bis zum Ersticken Mund und Nase zuhalten oder beides zugleich thun, auch konnte sie sich die an der Rückseite des Körpers befindlichen Wunden nicht selbst beibringen, überdiess wird sie von allen, die sie kennen, als stets gut gelaunt und heiter geschildert, an der nie die geringste Spur von Schwermuth beobachtet wurde.

Ad 5. Ueber den Hergang der That glauben die Gefertigten, theils aus den vorhandenen Wunden und Blutspuren, theils aus den Nebenumständen folgendes Bild entwerfen zu können:

Es ist mit vieler Wahrscheinlichkeit anzunehmen, dass der Mordanfall auf die Helena K. meuchlings während des Schlafes begonnen habe.

Sollte Kaspar K. wirklich der Thäter sein, so wäre es

wohl möglich, dass die Helena K. wach gewesen und sich in der Absicht schlafend stellte, um den ihrer Ansicht nach gewünschten Beischlaf zu versagen. Beim Beginne des Angriffes hatte der Kopf derselben eine rechte Seitenlage, das Gesicht dem neben ihr liegenden Kinde zugekehrt. In dieser Lage erhielt sie wahrscheinlich zuerst die Kopfwunden sub a), c) und d), nach deren Zufügung, sie, wie die geringe Anzahl von Blutflecken auf dem Kopfkissen und dem oberen Theile des Leintuches andeutete, sogleich vom Bette aufsprang und zufällig bei der Gegenwehr in diesem engen Raume zwischen Bett und Frontwand, oder absichtlich, um Lärm zu machen, das Fenster mit der linken Hand einschlug. Die oberflächlichen Hautschnittte und Hautabschürfungen haben nämlich ganz das Aussehen, als wenn sie bei dem Zerschlagen des Fensters entstanden wären, auch sprechen die Blutflecken am Fensterbrette hiefür. Nun bewegte sich die Verwundete in dem engen Bettgange vorwärts zum Fusstheile des Bettes, welches den Mörder zwang, zurückzugehen. Auf diesem Wege erhielt sie nicht unwahrscheinlich die Wunden an der linken Brustdrüse und an der Streck- und Beugefläche des linken Vorarmes.

Am Fusstheil des Bettes angelangt, klammerte sich die Helena K. an die daselbst befindliche Bettleiste und an den darunter befindlichen oberen Theil der inneren Fläche des Bettfusstheiles an, wovon die an diesen Partien wahrgenommenen blutigen Fingerballenabdrücke herrührten und was auch die ziemlich grosse Anzahl von Blutflecken am unteren Theile des Leintuches zu beweisen scheint, oder aber sie wurde von dem Mörder so umgewendet, dass sie mit dem Bauche an das Bett angedrückt wurde und in dieser Stellung, in welcher jede Gegenwehr sehr erschwert, wo nicht unmöglich wurde, erhielt sie die Rückenwunde p) und die tiefe Nackenwunde b). Diese Stellung dürfte die Ursache sein, dass, im Falle Kaspar K. der Mörder sein sollte, er in Folge der Gegenwehr keine Verletzungen davon trug.

Hierauf zu Boden stürzend, oder zu Boden geworfen, wurde die Helena K. gewaltsam erstickt. Die linkseitige Lage der Mehrzahl der Wunden mag zum Theil darin ihren Grund haben, dass die Helena K. ihrer ganzen Körperbreite den engen Gang nicht passiren konnte und desshalb zufällig die linke Seite dem Mörder zukehrte.

Ad 6. Es lässt sich dieser Mord ohne Gegenwehr wohl nicht denken, weil die erhaltenen Wunden die Helena K. augenblicklich wehrlos machten, und sie erst nach Zufügung der Mehrzahl der Wunden gewaltsam erstickt wurde. Die Art und Weise der geleisteten Gegenwehr kann jedoch bei diesem Sachverhalte nicht angegeben werden. Ist aber das früher über den Hergang des Mordes Angeführte richtig, so konnte die Gegenwehr nur eine sehr geringe sein.

Ad 7. Wenn man sich das kräftige und ungeachtet ihrer Fettleibigkeit sehr agile Weib im Gegensatze zum 72jährigen Kaspar K. denkt, so scheint es unwahrscheinlich, ja beinahe unmöglich, dass dieser im Stande gewesen sein soll, sein Weib ohne weitere Beihilfe zu ermorden. Berücksichtigt man aber, dass er trotz seines Alters ein kräftiger und gesunder Mann ist, der (im Falle er der Thäter war) sein Weib schlafend oder sich schlafend stellend, mithin ganz unerwartet, mit dem Mordinstrumente überfiel, ferner, dass die Wunde sub a) die erste oder eine der ersten zugefügt, eine nicht unbedeutende Gehirnerschütterung zur Folge haben musste (denn sie drang in den Knochen und splitterte denselben); beachtet man endlich die räumlichen Verhältnisse jenes Ortes, wo der Mord stattfand, welche der meuchlings Angefallenen zur Gegenwehr sehr nachtheilig waren, so ist es nicht unwahrscheinlich, dass die Helena K., entkräftet durch den Blutverlust, den Schmerz und den moralischen Eindruck, ihren Mann als Mörder vor sich zu haben, von diesem allein ermordet werden konnte.

Ad 8. Da an und in den Genitalien keine Spur eines männlichen Samens aufgefunden wurde, so ist es sehr wahrscheinlich, dass in der Nacht vom 13. auf den 14. Juli kein Beischlaf gepflogen wurde. (Schluss folgt.)

Feuilleton.

Die Dienstzeit der Secundarärzte.

In einer der letzten Commissionssitzungen des allgem. Krankenhauses stellte Herr Primar. Dr. Viszánik den Antrag, es wolle die Spitalsdirection, im Einvernehmen mit den Primarärzten des Hauses, höheren Ortes das Ansuchen stellen, dass künftighin die Dienstzeit der im Spitale angestellten Secundarärzte bei deren Uebertritt in den definitiven Staatsdienst eingerechnet werde, da es wohl billig sei, dass die anstrengende, dem Staate so wesentliche Dienste leistende Bemühung der im Hause dienenden Secundarärzte gehörig gewürdiget werde. Wie vorauszusehen, wurde dieser Antrag als ein sehr zeitgemässer von den Herren Commissionsmitgliedern unterstützt. Primar. Dr. Mojsisovitsch wollte den Antrag derart modificirt wissen, dass die Begünstigung der Miteinbeziehung der Dienstjahre im Spitale auch auf Assistenten fälle, jedoch nur dann zu berücksichtigen kommen möge, wenn der jeweilig austretende Spitalsarzt sogleich, ohne irgend welche Unterbrechung, in den definitiven Staatsdienst träte. Gegen dieses Amendement erklärte sich Primarius Dr. Zsigmondy auf das bestimmteste, indem er es für ganz unbillig hält, dass auf diesen, oft nur von einem günstigen Zufalle abhängigen Umstand Gewicht gelegt werde, diess um so mehr, da es ja nicht von dem Willen des einzelnen Secundararztes abhängt, noch länger im Krankenhause zu weilen, indem die Dienstzeit normirt sei. Er bevorwortete den Antrag Viszániks auf das wärmste, und machte aufmerksam, dass schon vor Jahren eine ähnliche Petition verabredet, jedoch nicht zur Ausführung gekommen sei.

Wenn man bedenkt, welch' beschwerlichen, gefahrvollen, einer vielfachen Verantwortung ausgesetzten Dienst die subalternen Aerzte eines grösseren Krankenhauses versehen, wenn man erwägt, wie es gerade die schönste, bedeutungsvollste Zeit es ist, welche der nach einer mühevollen vierzehn- bis fünfzehnjährigen Studienzeit promovirte Arzt in den Krankensälen des Spitales fünf bis sechs Jahre durchlebt, so erscheint es kaum begreiflich, dass diese so billige Anforderung nicht schon vor Jahren und Jahren ernstlich gestellt wurde. Wahrlich, das Loos des in den Spitaldienst tretenden jungen Arztes ist kein beneidenswerthes. Es besteht nemlich zwischen den Anforderungen, welche Kunst und Wissenschaft in unserer Zeit an den Spitaldienst stellten, und den in früheren Epochen für hinlänglich erachteten Dienstesleistungen ein namhafter Unterschied. Kam es z. B. noch im Beginne der dreissiger Jahre vor, dass der ordinirende Arzt mit einer gewissen Suffisance an das Krankenbett des vom Journalisten so eben aufgenommenen Kranken trat, demselben den Puls der Radialarterie — und auch

nur diesen — fühlte, die Zunge des Patienten besah und betastete, einige Fragen an den Kranken bezüglich der etwa vorhandenen Schmerzen und bezüglich der Stuhlentleerung richtete, und dann den Orakelspruch: Morbus pectoris, oder Gastricismus, oder Plethora abdominalis u. s. w. that, womit die Visite schnell abgethan, die Therapie blitzschnell angeordnet, und der dienstthuende Secundararzt ebenfalls in kurzer Zeit des Zimmerdienstes enthoben war, so ist das Gebahren der würdigen Primarärzte des Krankenhauses in unseren Tagen, Dank jenen Männern, welche lehrten, wie man genaue, auf anatomische und physikalische Wahrheiten gebaute exacte Diagnosen zu stellen habe, ein ganz anderes geworden. Mit grosser Genauigkeit, mit logischer Schärfe stellt der den Kranken aufnehmende Secundararzt die Anamnese zusammen, mit Umsicht, treu den auf unseren ausgezeichneten Kliniken erworbenen Grundsätzen, prüft derselbe den Status präsens, und in der Anwartschaft, dass die von ihm dem Primararzt einzuhändigende Krankengeschichte jeden Augenblick zur Veröffentlichung in einem Journal geeignet erscheine, führt er über jeden Kranken ein Protocoll, in welchem der ganze Decursus morbi, die intercurrirenden Complicationen, der Erfolg der angewendeten Heilmittel, und im Falle des lethalen Ausganges der ausführliche Obductionsbericht sammt Epikrise eingetragen erscheinen. Er untersucht den Kranken oftmals bei Tag und Nacht — für ihm gibt es ja keine Musse- oder Raststunde —, er normirt die Diät, schreibt den Krankenstand des Zimmers, den Extract, die etwa nothwendig gewordenen polizeilichen Anzeigen und Parere, überwacht den Dienst des Wartpersonales, und bleibt ihm endlich nach einer so Zeit raubenden, und die volle Intention des Geistes, so wie einen nicht unbedeutenden Aufwand von körperlicher Kraft in Anspruch nehmenden Beschäftigung ein Stündchen Zeit, so wandert er auf andere Abtheilungen, wo gerade eine interessante Operation vorgenommen oder ein besonders lehrreicher Fall genauer untersucht wird, oder er besucht diesen oder jenen Curs, da er sich auch in der einen oder andern Specialität ausbilden will, oder er geht im Auftrage seines Vorstandes in das chemische Laboratorium, oder in das Arbeitszimmer des Prosectors, um dort Aufschluss über einzelne gewünschte Fragen zu erlangen, oder er arbeitet an dem Jahresbericht für die Spitalsdirection u. s. w. So kommt es vor, dass auf einzelnen Abtheilungen, insbesondere chirurgischen, jede Frühvisite 3—4 Stunden dauert, bei gewöhnlichem Krankenstande, nicht zu gedenken jener Epochen, wo eine Epidemie die Krankensäle und die Reservezimmer vollends füllt, und den Dienst auf das doppelte erhöht. Es ist einleuchtend, dass dem für so Vieles verantwortlichen Secundararzt keine Zeit bleibt, um zu einer ihn materiell befriedigenden Privatpraxis zu gelangen, dass er, abgeschieden von den mannigfachen Zerstreuungen und Erholungen, welche dem Beamten, dem Industriellen, dem Offiziere, ja selbst dem um den geringsten Lohn arbeitenden Taglöhner zu Gebote stehen, fort und fort angestrengt, in steter Gefahr, selbst zu erkranken, in den Jahren seiner schweren Dienstzeit nur die Mühseligkeiten und die Schrecknisse des menschlichen Elendes vor Augen hat, und die Blütezeit seiner Jugend in einer gewiss nicht angenehmen Weise durchlebt. Und für solche Aufopferung im Staatsdienste und ein solcher ist doch gewiss der Dienst im Spitale zu nennen, indem er mit dazu hilft, dem Staate Hunderte und Tausende der ihm anvertrauten Staatsbürger zu erhalten, sollte nicht jene Gleichberechtigung eintreten, welche jedem anderen Beamten von seinem ersten Eintritt in das Bureau nach abgelegtem Diensteide die Dienstjahre giltig anerkennt?

Wir halten uns überzeugt, dass gerade jetzt, wo die Staatsverwaltung die Grundrechte der Staatsbürger einer Revision unterwirft, wo die vergilbten Institutionen und durch einen bureaukratischen Schlendrian als geltend angenommenen Grundsätze neuerdings geprüft und geläutert werden, der hochherzige Antrag des Herrn Primarius Viszánik, welcher sich in diesem Augenblick die Sympathie der gesammten ärztlichen Genossenschaft für immer erworben hat, ein geneigtes Ohr finden, und dass die schon seit so langer Zeit precär gewordene Stellung der subalternen Aerzte, nicht nur des allgemeinen Krankenhauses, sondern in allen grösseren Humanitätsanstalten gehörig berücksichtigt werden wird.

Eine ähnliche Begünstigung für die Assistenten der einzelnen Lehrkanzeln — nicht nur in der medicinischen Facultät, sondern auch in allen anderen Zweigen des Unterrichtes — wäre vollkommen gerechtfertigt; es mögen die Herren Assistenten selbst, da die Zeit des Petitionirens eine gewiss günstige, oder über ihr Einschreiten die löblichen Collegien der Professoren in ähnlicher Weise fürsorgen, dass ihnen werde, was ihnen gebührt.

B. Facultätsangelegenheiten.

Im Decanatsjahre 1859—60 wurden an der Wiener Hochschule als Doctoren der Medicin promovirt: die Herren

Adler Alois aus Königs in Ungarn.
Ager Josef aus Hopfgarten in Tirol.
Banze Carl aus Strass in Oesterreich.
Barber Julius aus Suczova in der Bukowina.
Bartsch Franz aus Wien.
Basslinger Ignaz aus Wien.
Binder Carl aus Schaessburg in Siebenbürgen.
Blaas Gallus aus Haid in Tirol.
Brüll Leonhard aus Hloza in Ungarn.
Burger Emanuel aus Schaffa in Mähren.
Corner Paul aus Castel nuove in Dalmatien.
Deutsch Salomon aus Aszo in Ungarn.
Dicker Abraham aus Kolomea in Galizien.
Doctor Heinrich aus Tinye in Ungarn.
Ebner Stefan aus Szegedin in Ungarn.
Eckhart Moriz aus Czernowitz.
Eggerth Johann aus Ebenfurth in Oesterreich.
Ehrenreich Felix aus Brody in Galizien.
Ehrmann Ignaz aus Teschen in Schlesien.
Engelhardt Ludwig aus Ofen.
Fanto Moriz aus Nagy-Dabas in Ungarn.
Federer Benedict aus Kuttenplan in Böhmen.
Fiedler Anton aus Dirschkowitz in Schlesien.
Fischer Moriz aus Kotescho in Ungarn.
Fritz Josef aus Kleinach in Kärnthen.
Gabrielly Colomann aus Pest.
Gauster Friedrich aus St. Andrä in Kärnthen.
v. Glawacki Boleslaus aus Rakgoszez in Galizien.
Goldhaber Paul aus Tarnopol in Galizien.
Greger Ferdinand aus Znaim in Mähren.
Grünbaum Maximilian aus Körmend in Ungarn.
Hadl Samuel aus Sambor in Ungarn.
Hasenfeld Emanuel aus Balassa-Gyarmat in Ungarn.

Heitzmann Carl aus Winkowitz in der Militärgränze.
v. Hepperger Josef aus Botzen in Tirol.
Herz Isak aus Nadasfalva in Ungarn.
Herzka Adolf aus Kremsier in Mähren.
Jarosch Josef aus Branitz in Schlesien.
Jetze Stefan aus Carlsburg in Siebenbürgen.
Kirchmayer Stefan aus St. Valentin in Oesterreich.
Klein Ludwig aus Steudorf in Ungarn.
Knittelfelder Josef aus Ligist in Steiermark.
Kochems Paul aus Elbirgwald in Tirol.
Kohn Carl aus Grossbecken in Böhmen.
Kopp Julius aus Wien.
Krbetz Franz aus Ladeck in Böhmen.
Kretschmayer Franz aus Wald in Oesterreich.
Krisshaber Moriz aus Feketchegy in Ungarn.
Kubasta Ernest aus Waidhofen a. d. Thaya.
Langfelder Moriz aus Bettse in Ungarn.
Leiblinger Isidor aus Hallicz in Galizien.
Löffler Adolf aus Zagrab in Croatien.
Löw Franz aus Wien.
Lunzer Josef aus Imst in Tirol.
Maly Albin aus St. Salvator in Kärnthen.
Mayerhofer Carl aus Steyr in Oberösterreich.
Meissner Carl aus Wien.
Mitzger Maximilian aus Körmend in Ungarn.
Möller Wilhelm aus Olmütz.
Müller Jonathan aus Mattersdorf in Ungarn.
Müller Franz aus Hintring in Böhmen.
Müller Heinrich aus Reps in Siebenbürgen.
Nemeth Carl aus Fünfkirchen in Ungarn.
Neuburg Julius aus Pest.
v. Pelser-Fürnberg Josef aus Purkersdorf in Oesterreich.
Peschka Johann aus Schattau in Mähren.
Petry Franz aus Zwittendorf in Oesterreich.
Pichler Johann aus Unterwalth in Oesterreich.
Pick Philipp aus Neustadt in Böhmen.
Plappert Ritter v. Cajetan aus Ehrenhausen in Steiermark.
Plommer Josef aus Graz.
Pogner Alois aus Völklermarkt in Ober-Oesterreich.
Pokorny Wilhelm aus Horik in Böhmen.
Pollak Samuel aus Aussee in Mähren.
Pollitzer Adam aus Alberto in Ungarn.
Pongratz Albert aus Braila in Galizien.
Poras Hermann aus Czernowitz.
Porges Marcus aus Lana in Böhmen.
Preleitner Florian aus Dürstein in Oesterreich.
Pressberger Simon aus Prag.
Primely Alexander aus Eletske in Ungarn.
Prussnig Adolf aus Ragusa in Dalmatien.
Rabl Eduard aus Kremat in Oesterreich.
v. Radda Ernst aus Wien.
Redlich Josef aus Kanisa in Ungarn.
Reichhardt Heinrich aus Iglau in Mähren.
Richter Julius aus Graz.
Schallinger Bernhard aus Eibenschitz in Mähren.
Scheiber Samuel aus Duna-Bentel in Ungarn.
Schlesinger Leopold aus Trentschin in Ungarn.
Scholz Josef aus Wagstadt in Schlesien.
Schreiber Josef aus Böhm. Leippa.
Segel Eduard aus Lisko in Galizien.
Selig Leopold aus Prag.

Steiner Max. aus Hippach in Tirol.
Stieglitz Moriz aus Ofen.
v. Szötz Josef aus Klausenburg in Siebenbürgen.
Taub Salomon aus Vag-Ujhely in Ungarn.
Ulbrich Nikolaus aus Kufstein in Tirol.
Unger Ferdinand aus St. Florian in Steiermark.
Unterholzer Balthasar aus Ulten in Tirol.
Wachter Mathias aus Bürs in Vorarlberg.
Waligorsky Ritter v. Albin aus Wikoly in Galizien.
Wasserburger Franz aus Kammern in Oesterreich.
Weigel Michael aus Wien.
Weiss Adalbert aus Steingraben in Böhmen.
Zini Anton aus Botzen in Tirol.

Die Gesammtzahl der in dem abgelaufenen Jahre promovirten Doctoren der Medicin beträgt 107, von denen sich im Verhältniss der Nationalität für Ungarn und die ungarischen Nebenländer 33, für Oesterreich 20, für Böhmen 12, für Mähren 11, für Galizien 11, für Tirol 10, für Steiermark 5, für Kärnten 3 und für Dalmatien 2 angeben.

Die Zahl der in eben diesem Jahre promovirten Doctoren der Chirurgie war 24.

Dem Professor der Physiologie an der Josefinischen Akademie, Herrn Carl Ludwig, wurde das Ehrendiplom eines Doctors der Medicin ertheilt.

Miscellen, Amtliches, Personalien.

Notizen.

Der k. k. Landesgerichtsarzt und Docent über Akiurgie und Desmurgie an der Wiener Hochschule, Dr. Cessner, wurde zum ausserordentlichen Professor der chirurg. Instrumenten- und Bandagenlehre ernannt.

Der ausserordentliche Professor der speciellen Pathologie und der Materia medica an der Wiener Thierarzneischule Dr. Forster wurde zum Professor ordinarius dieser Lehrkanzel definitiv ernannt.

Die grossartigen Truppenanhäufungen in dem venetianischen Gebiete erheischten die Errichtung neuer Feldspitäler, und mit Bedachtnahme der in dem Feldzuge von 1859 gewonnenen Erfahrungen trifft man Vorbereitungen, um für jede etwa schnell eintretende Eventualität auch in Betreff der augenblicklichen Unterkunft erkrankter oder verwundeter Combattanten gedeckt zu sein. So soll nach einer Notiz der Militär-Zeitung der Befehl erflossen sein, Baracken in unmittelbarer Nähe der Bahnhöfe der Süd-Bahn aufzustellen, und sind zunächst die Stationen Graz, Cilli, Laibach, Nabresina, Treviso, Udine und Vicenza hiezu ausersehen worden. Diese Fürsorge darf jedoch die ängstlichen Gemüther, welche von Stunde zu Stunde fürchten, die Kriegstrompete erschallen zu hören, nicht beunruhigen; denn es entsprechen die verfügten Massregeln nur dem weisen Grundsatze: Si vis pacem, para bellum.

Gesundheits-Verhältnisse Wien's. Im k. k. allgemeinen Krankenhause wurden vom 29. Jänner bis 4. Februar incl. 389 Kranke, um 54 weniger als in der Vorwoche aufgenommen. Der Krankenstand variirte zwischen 2166 und 2089, und war am 4. d. M.: 2089 (1197 Männer, 892 Weiber). — Katarrhe der Athmung- und Verdauungs-Organe kamen vorwaltend, Typhen in mässiger Anzahl zur Aufnahme.

Veränderungen in der k. k. feldärztlichen Branche.

Transferirt:

RA. Dr. Adalbert Schick, vom 69. Inf.- zum 8. Artill.-Rgt.
» Dr. Ferd. Kubisch, vom G.-Spit. in Pressburg zum 15. Inf.-Rgt.
» Dr. Johann Pechaczek, vom 30. Jäger-Bat. zum 5. Inf.-Rgt.
» Dr. Cornel Komora, vom 28. zum 69. Inf.-Rgt.
OA. Dr. Anton Kreutzer, vom 36 Inf.-Rgt. zum 31. Jäger-Bat.
» Dr. Joachim Bruck, vom 56. Inf.-Rgt. zum 32. Jäger-Bat.
» Dr. Franz Sibiger, vom 11. Kürass.-Rgt. zum 8 Tiroler-Jäg.-Bat.
» Dr. Thomas Spruček, vom 71. Inf.-Rgt. zum 4. Feldspitale.
OWA. Carl Bedowicz, vom 37. Inf. zum 7. Hus.-Rgt.
» Emanuel Schauer, vom 73. Inf,- zum 6. Hus.Rgt.
» Franz Skibinski, vom 9. zum 37. Inf.-Rgt.

Pensionirt:

OWA. Samuel Fritsch, vom 3. Artill.-Rgt.

Druck von Anton Schweiger in Wien.

Hiezu Dr. Schlager's „Bericht über die Versammlung der Irrenärzte im J. 1860“ als Beilage.